様式第10号（第6条関係）

|  |
| --- |
| 三股町国民健康保険  はり・きゆう施術料補助金請求書（総括表） |
| 年　　月　　日  三股町長　様    施術担当者指定番号　　　　第　　　　　号  施術所名  (又は事業所名)  住　　所  施術者名　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　(又は事業主名)  電話番号  　　　　年　　月分はり・きゆう施術料補助金を別紙明細書を添えて、下記の通り請求します。  また、過去の請求に対して、過誤等あった場合には今回請求分で調整されることに同意します。   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 請　　求　　額 | | | ＊審査決定額 | | | | 被保険者数 | 回　数 | 金　　額 | 被保険者数 | 回　数 | 金　　額 | | 人 | 回 | 円 | 人 | 回 | 円 | | ＊過誤等調整額 | | | ＊支給決定額 | | | | 人 | 回 | 円 | 円 | | |  * 印については、記入しないでください。   振込口座   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 金融機関名 | 農　協　　　　　　　　　　本店  　　　　　　　　　　　　銀　行　　　　　　　　　　支店  　　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　支所 | | | | 種　　別 | 普通　当座 | 口座番号 |  | | 口座名義 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | |  | | | |

　　　(注)施術担当者指定番号については三股町国民健康保険はり、きゅう施術担当者指定証に記載してある番号を記入ください。